

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

475

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

JACQUES RASCOL

Né le 21 Février 1914, à BESSAN (Hérault)

**LE DOLICHOCOLON
CHEZ LE VIEILLARD**

Président: M. FIESSINGER, Professeur

Imprimerie A. MONTOURCY
4 bis, rue Nobel - PARIS-18°

1 9 3 9

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

JACQUES RASCOL

Né le 21 Février 1914, à BESSAN (Hérault)

LE DOLICHOCOLON CHEZ LE VIEILLARD

Président: M. FIESSINGER, Professeur

Imprimerie A. MONTOURCY
4 bis, rue Nobel - PARIS-18°

1 9 3 9

LE DOYEN.....TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Physiologie.	ROUVIÈRE.
Physique médicale.	Léon BINET.
Chimie médicale.	STROHL.
Bactériologie.	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	ABRAMI.
Anatomie pathologique.	MONDOR.
Histologie.	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique.	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.	HARVIER.
Médecine légale.	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale.	CHIRAY
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie.	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINGENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N.,
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	CLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE. Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY. Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) . . Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).. Hydrologie.
BOULIN. Pathologie médicale.
BULLIARD. Histologie.
CATHALA. Pathologie médicale.
CHEVALLIER. . . . Pathologie médicale.
COSTE. Pathologie médicale.
DOGNON. Physique.
FEY. Urologie.
FUNCK. Pathologie chirurgicale.
GALLIARD. Parasitologie.
GASTINEL. Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLEAINES.. Pathologie chirurgicale.
GAYET. Physiologie.
DE GENNES. . . . Pathologie chirurgicale.
GIROUD. Histologie.
HAGUENEAU. . . . Pathologie médicale.
HALPHEN. Oto-rh'no-laryngologie.
HUGUENIN. Anatomie pathologique.
JOANNON. Hygiène.
LACOMME. Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL. . . . Obstétrique.
LAROCHE (Guy). . . Pathologie médicale.
LAVIER. Parasitologie.
LELONG. Pathologie médicale.
LEMAIRE. Pathologie expérimentale.
LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY. . . . Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. . . Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX. . . . Pathologie chirurgicale.
MOLLARET. . . . Pathologie médicale.
MOREAU. Pathologie médicale.
MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN. Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE. . . . Médecine légale.
PORTES. Obstétrique.
RENARD. Ophtalmologie.
RICHET. Physiologie.
SÈNÈQUE. Pathologie chirurgicale.
TURPIN. Pathologie médicale.
VIGNES. Obstétrique.
WILMOTH. Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE. Pathologie chirurgicale.
BUSQUET. Pharmacologie. —
CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.
GUÉNIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER. . . . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. . . . Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. Obstétrique.
NÈVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie.
SCHWARTZ. Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL. Obstétrique.

IV. – AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANIE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLE-			
RY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. – CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE.	Stomatologie.
WEILH-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

In Memoriam

A ceux qui, avec tant de dévouement, ont tenu leur place :
Mon oncle et ma tante ANTOINE DU MURAUD

Cet humble témoignage de notre immense reconnaissance et de notre gratitude pour tout ce qu'ils ont fait pour nous.

A ma Famille

A mes Amis

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur FIESSINGER

Médecin de l'Hôpital Necker

Professeur de pathologie expérimentale et comparée

*Qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse; nous le prions d'agréer l'homma-
ge de notre reconnaissance,*

A Monsieur le Docteur BRODIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui nous a suggéré l'idée de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de lui offrir ici un témoignage de profonde reconnaissance pour la paternelle bienveillance qu'il nous a montrée pendant toute la durée de notre stage dans son service et pour les enseignements multiples qu'il nous a donnés.

A Monsieur le Docteur RAYMOND

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital de Limoges

Qui fit toujours preuve de la plus grande bienveillance à notre égard et qui nous enseigna les premiers éléments de la chirurgie.

À Monsieur le Docteur BASSET

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital de Limoges
Professeur à l'Ecole de Médecine

Qui, avec tant de verve, nous guida dans les voies difficiles du diagnostic et de la thérapeutique.

A Monsieur le Docteur VOUZELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital de Limoges

*Ce souvenir respectueux et reconnaissant de son
dernier interne.*

A Monsieur le Docteur MARCLAND

Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges

Médecin de l'Hôpital

*Qui nous fit faire nos premiers pas dans l'art
médical.*

A Monsieur le Docteur DURAND

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital

*Qui, au cours d'une longue maladie, nous soigna
avec son dévouement et sa bonté coutumière.*

A Madame TEDESCO

Médecin-Radiographe de l'Hôpital des Ménages

*Qui eut l'obligeance de nous communiquer les
documents radiographiques qui nous permirent
d'élaborer ce travail.*

A nos Maîtres de l'Hôpital de Limoges

A nos Maîtres de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie
de Limoges

LE DOLICHOCOLON CHEZ LE VIEILLARD

Bien que de notion relativement récente, le dolichocôlon a fait l'objet de nombreuses définitions :

Pour Lardennois et Aubourg, le dolichocôlon répond à un allongement anormal d'une ou de plusieurs portions du gros intestin, entraînant une modification de la situation et du trajet de ces portions. Zorzi opposant le dolichocôlon au mégacôlon le considère comme un allongement sans accroissement proportionnel de calibre.

Ces diverses définitions se basant sur les caractères anatomiques seuls ne donnent pas une idée très nette du dolichocôlon et nous nous rallions à la définition anatomo-clinique de Chiray qui a l'avantage de nous faire connaître les deux aspects de la question : « Le dolichocôlon est une affection caractérisée : anatomiquement par un allongement, le plus souvent localisé à un segment du gros intestin, presque toujours du côlon gauche, d'où résultent des flexuosités, des anses et des coudures anormales, accompagné ou non d'une augmentation de calibre du segment intéressé et cliniquement par des troubles digestifs variés, dont les plus importants et les plus constants sont la constipation, l'aérocolie et des crises douloureuses d'un type particulier ».

Historique

Adoptant la classification de Chiray, Lomon, Walh, nous considérons trois périodes dans l'histoire du dolichocôlon : la période anatomique, la période chirurgicale, la période radiologique et médicale.

Au cours de leurs autopsies, les anatomistes se bornaient à constater sur le cadavre les variations de longueur sans indiquer l'application possible à la pathologie. Successivement Fleischmann (1815), Monterossi (1820), Engel (1857), Huguier (1858), Kuttner (1868), Grubel (1869-1885), Trèves (1885), Schieferdecker (1888), Walther (1888) notèrent et décrivirent le fait :

Les travaux des chirurgiens consacrés à certains syndromes intestinaux tels que le volvulus et la stase intestinale chronique ont commencé à préciser le grand rôle pathologique joué par les allongements segmentaires des côlons. Roux de Lausanne, Forgue, Leflaive, Lefèvre font des descriptions de la longue période prémonitoire du volvulus dans laquelle nous retrouvons nombre d'éléments de la symptomatologie du dolichocôlon. Ducatte dans sa thèse (1899) signale les allongements de certains segments du gros intestin se rencontrant au cours de quelques types de constipation chronique. Entre 1901 et 1911, Arbuthnot Lane et son élève Chiaple en font un des éléments du syndrome de la stase intestinale chronique. Pozzi, puis Lejars critiquent cette conception. Marfan, Bensaude, Ramoni, puis Sellié dans sa thèse (1929) font intervenir les allongements du côlon dans la pathogénie du syndrome de Hirschprung et ce dernier arrive même à confondre le dolichocôlon et le mégacôlon.

C'est à une époque toute récente qu'on a fait du dolichocôlon une véritable entité morbide. Ces études sont surtout l'œuvre des radiologistes et restent encore peu développées au point de vue clinique. La première étude importante semble due à Lardennois et Aubourg (1914) qui ont créé le terme de dolichocôlon et d'emblée admis la possibilité d'une origine acquise. Ensuite, de nombreuses études et observations ont été publiées tant en France qu'à l'étranger. En particulier, Bensaude et Olivier Monod publient un important mémoire sur le dolichosigmoïde et surtout en 1931, Chiray, Lomon, Wahl font paraître le premier

ouvrage d'ensemble sur la question faisant, à juste titre, du dolichocôlon une véritable entité nosologique. Depuis 1931, nombreux sont les articles ou les études parus sur la question : Bernard et de Tayrac critiquent les théories pathogéniques et les complètent ; Lœper et Tazun ajoutent au diagnostic ; Nard (Bordeaux 1935) expose une technique nouvelle de colectomie ; Farny dans sa thèse (Alger, 1937) montre la fréquence du dolichocôlon chez les indigènes musulmans algériens et fait des remarques intéressantes sur leur pathogénie.

Etiologie

La fréquence du dolichocôlon est variable selon les auteurs. Surmont, de Lille, en observe 300 cas sur 400 intestins examinés dans son service. Hutet de Châtel-Guyon fixe le taux à 11 % chez les intestinaux.

De nombreuses causes prédisposantes ont été mises en avant.

Pour Chiray, l'influence du sexe semble négligeable.

L'âge adulte, le régime de vie, l'alimentation végétarienne en particulier influeraient aussi pour Bernard, Carnot, Farny, Le Sage.

La race paraît être un facteur important. On le rencontrerait surtout chez les Slaves (Samson, Anseman, Deakin), les nègres d'Amérique (Lamb), les populations des Hauts Plateaux d'Afrique du Nord (Goinard, Biancardini, Farny).

Dans l'immense majorité des cas, le dolichocôlon siège au niveau du côlon gauche. Carnot donne les taux suivants : 30 % total, 60 % côlon gauche, 10 % côlon droit.

L'association avec d'autres syndromes digestifs paraît fréquente à Chiray, soit qu'il s'agisse de maladies antérieures, soit qu'il s'agisse de lésions situées en amont du dolichocôlon et révélées par l'examen clinique et radiologique des malades.

Rapports du dolichocôlon et du mégacôlon

Avant d'aller plus loin dans l'étude du dolichocôlon, il convient d'établir les différences et les rapports existant entre cette entité pathologique et le syndrome décrit par Hirschprung en 1890 sous le nom de mégacôlon.

Ce dernier, dont Seillé dans sa thèse, donne la définition suivante: « Affection caractérisée par un allongement et une dilatation d'une partie ou de la totalité du côlon avec hypertrophie des parois, sans qu'il y ait un obstacle anatomique sous-jacent manifeste, intra ou extra-intestinal » est surtout une affection de la petite et de la moyenne enfance.

Au point de vue clinique, les deux symptômes principaux du mégacôlon sont la constipation et le gros ventre tympanique. Constipation plus intense que celle du dolichocôlon puisque l'on cite le cas d'une malade d'Osler n'ayant eu jusqu'à 7 ans que 5-6 selles spontanées sans d'ailleurs rétention des gaz. Il y a une énorme distension abdominale, la paroi est tendue, présente un léger œdème, les veines abdominales sont dilatées. A côté de ces deux symptômes essentiels, on peut noter l'existence d'une tumeur animée de mouvements péristaltiques.

Ce syndrome évolue suivant deux formes: une forme aiguë entraînant rapidement la mort du nourrisson et une forme lente s'installant dès la naissance ou au bout de quelques mois et d'une évolution très longue.

L'examen d'un mégacôlon après résection indique une dilatation très marquée du segment du côlon présentant cette anomalie, le diamètre étant souvent de 50-60 et même 75 cm. au lieu de 14-20. L'allongement n'est pas constant. L'épaississement des parois, en particulier l'hypertrophie de la couche musculaire annulaire, est constante.

Depuis Hirschprung, de nombreuses théories pathogéni-

ques ont été élaborées. Nobecourt distingue une variété congénitale et une variété acquise, la dilatation et l'hypertrophie étant consécutives à la stase des matières. L'affection serait latente tant que la paroi musculaire aurait assez de tonicité pour expulser les matières et patente lorsqu'elle n'aurait plus la force suffisante pour le faire.

Si donc, de par son étiologie : jeunesse des sujets ; sa symptomatologie : évolution aiguë, constipation intense, ballonnement généralisé de l'abdomen ; surtout par son aspect anatomique, la maladie de Hirschprung se distingue nettement du dolichocôlon, il y a cependant fréquemment association de dolichocôlon et d'une certaine distension sur tout ou partie du territoire anormalement allongé.

Symptomatologie

Certains auteurs se refusent à faire du dolichocôlon une entité morbide et ne lui reconnaissent aucun signe clinique spécial et défini.

Martinotti estime que cette affection n'a pas par elle-même de symptomatologie et que les signes que l'on peut observer sont des signes de complications. Berlin, Tarnopolskaja et Gravat dans un article paru en avril 1935 dans les Archives des maladies de l'appareil digestif soutiennent sensiblement la même opinion.

Chiray s'est élevé contre ces idées et s'est attaché, au contraire, à prouver que le dolichocôlon se traduit par un ensemble de signes cliniques. Aucun d'eux, en particulier, n'a de valeur diagnostique spécifique. C'est leur association quasi constante qui acquiert une certaine valeur et peut guider un clinicien averti.

Il insiste sur la triade symptomatique suivante : constipation, aérocolie et crises pseudo-occlusives ; triade qui possède incontestablement une grande valeur diagnostique et qui constitue le fond du tableau clinique ordinaire :

1^o. Constipation est le maître symptôme formant le fond

du tableau clinique et présentant certains caractères :

Précocité: date parfois de l'enfance mais apparaît en général à l'âge adulte;

Mono-symptomatique, au début la tolérance restant longtemps parfaite;

Intensité et longue durée des périodes de constipation; Bernard cite un malade dont la durée de ces périodes atteignait jusqu'à 20-30 jours;

Résistance aux laxatifs et aux purgations;

Tolérance anormale aux lavements très abondants;

Amélioration par secousses répétées, ce qui la distingue nettement de la constipation spasmodique de la colite muco-membraneuse qui est, au contraire, aggravée;

A certains moments, évacuation très abondante suivie d'un certain malaise.

2° Aérocolie extrêmement variable selon les instants. Elle se traduit par du ballonnement, du météorisme surtout marqué au niveau de l'hypocondre gauche (Hutet) et par une certaine résistance élastique de la paroi. On constate parfois du péristaltisme visible sous une paroi musculaire en général mince et atrophiée par la distension. Enfin, souvent, existent des coliques gazeuses, petites crises de douleurs siégeant dans la moitié gauche de l'abdomen, accompagnées de la sensation de mouvement dans cette région et généralement non suivies d'évacuation gazeuse. La présence de ces gaz peut avoir une double origine, être due soit à un obstacle à l'évacuation, soit à une gêne de la résorption au niveau de la muqueuse.

3° Les crises douloureuses se présentent sous des formes extrêmement variables ayant tantôt des allures vagues, irrégulières, tantôt un caractère paroxystique, dans ce dernier cas, elles affectent le type subocclusif.

Leur horaire est sans fixité. Le début est le plus souvent très brusque, brutal même. Il se fait par des douleurs

abdominales augmentant très vite, avec une sensation de torsion, état nauséux, coliques très violentes et parfois perte de connaissance. Ces douleurs ont souvent un siège bien déterminé, très précis, dans la partie supéro-interne de la fosse iliaque gauche. Mais il n'existe pas de contraction, l'arrêt des matières et des gaz est en général incomplet et les vomissements exceptionnels. Il n'existe pas de symptômes généraux, sauf chez l'enfant.

A côté de cette triade, base du diagnostic ont été signalés quelques autres symptômes.

Lœper et Tausun découvrent le « clapotage de l'anse sigmoïde dont le bruit et les bulles sont nettement distincts de ceux des gaz du cæcum ou de l'estomac ».

Le Sage indique comme signe de présomption la fétidité de l'haleine, l'état subictérique de la peau et des conjonctives.

Farny enfin indique chez les indigènes d'Algérie quelques signes assez fréquents : la dilatation des veines de la paroi abdominale, la sensation de flot à la palpation de la paroi sans autres symptômes d'ascite ; les déformations thoraciques.

Les différentes opinions concernant la symptomatologie correspondent toutes à la réalité. Si, dans certains cas, en effet, le dolichocôlon a, comme le déclare Chiray, une symptomatologie propre, dans un très grand nombre d'autres cas sa latence est à peu près absolue et il demande à être recherché. Dans ce cas, c'est à la radiologie, dont nous allons parler ici, qu'il faut avoir recours.

Sans préparation spéciale, par simple examen radioscopique, l'on peut déjà se rendre compte de l'existence d'aérocologie localisée. Les gaz ont tendance à s'accumuler à la partie supérieure et médiane de l'abdomen et surtout dans l'hypocondre gauche. Les malades atteints de cette affection ont souvent la base du thorax élargie et les coupes diaphragmatiques surélevées, à gauche par des gaz,

à droite par le foie, soulevé lui-même par la masse intestinale. On aperçoit, en général, de nombreuses bulles gazeuses se superposant et se doublant. Il ne s'agit pas d'une simple aérogastrie et le cloisonnement de ces poches d'air montre que la grosse tubérosité n'est pas la véritable origine de cette clarté anormale dans l'hypocondre gauche.

Le transit baryté ne peut que faire soupçonner un dolichocôlon par la persistance de baryte en chapelets anormaux dans la partie colique non pathologique. Dès le début de l'examen, l'estomac étant rempli, on peut noter des déformations intéressantes : soulèvement du pylore, de l'antré, du bas-fond gastrique par les gaz. Le fond de l'estomac peut être soulevé en dôme, ou même l'estomac complètement volvulé sur son axe cardia-pylore (Farny en signale trois cas). L'évacuation de l'estomac peut aussi se trouver gênée d'une façon plus ou moins variable par ces déformations. Qu'il s'agisse de dolichocôlon simple ou de méga-dolichocôlon on n'observe pas de stase avec accumulation des matières dans les anses allongées.

Mais, le lavement baryté est ici indispensable pour bien établir le diagnostic. La radioscopie faite pendant l'administration du lavement opaque et complétée par la radiographie constitue un moyen rapide et sûr de reconnaître un dolichocôlon. Peu avant l'examen, on aura soin d'administrer au malade un petit lavement évacuateur d'un litre d'eau bouillie tiède. Chiray, Lomon, Wahl conseillent d'administrer le lavement baryté dans le décubitus ventral. En effet, dans la position dorsale, le côlon transverse se trouve soulevé sur la ligne médiane par la saillie de la colonne vertébrale. Aussi, le liquide, une fois le lavement terminé, a-t-il tendance à s'écouler de part et d'autre de ce dos d'âne, laissant plus ou moins vide, et par conséquent moins visible une partie du côlon transverse, inconvénient qu'évite le décubitus ventral.

Complications

La forme plus haut décrite a été dénommée par Chiray « forme douloureuse avec aérocolie » et son évolution se trouve souvent marquée par des complications dont les plus fréquentes sont :

1° Inflammatoires :

colite chronique et aiguë avec ou sans péricolite;
péritonites chroniques;
adhérence et péricolite plastique;
mésosigmoïdite rétractile;
périsigmoïdite aiguë suppurée.

2° Mécaniques :

volvulus incomplet de l'anse et crises douloureuses de subocclusion;
compression et torsion gastrique et duodénale;
occlusion par : coutures, brides.

3° Secondaires :

lésions digestives à distance, surtout hépatiques;
syndrome hémorragique et anémique;
intoxication stercorale, amaigrissement, adynamie.

La colite est caractérisée soit par une diarrhée généralement acide, soit par un redoublement de constipation et de douleurs. Elle s'accompagne d'intolérance absolue aux purgatifs et aux lavements et exagère les phénomènes d'intoxication intestinale (Chiray et Lebon).

Le signe le plus important des adhérences et de la péricolite plastique qui sont relativement rares est la résistance à la thérapeutique médicale.

La mésosigmoïdite rétractile coude l'S iliaque et en rapproche les deux points extrêmes. Son importance vient surtout du fait qu'elle précède la production du volvulus de façon presque constante.

Le volvulus est de toutes les complications une des plus

fréquentes. Trois conditions sont nécessaires à son apparition: une anse longue, une méso flottant et l'étroitesse du pied de l'anse (Seillé) et ce que l'on a décrit sous le nom d'accidents prémonitoires, du volvulus sont les symptômes caractéristiques du dolichocôlon. Goinard signale la fréquence des occlusions dues à un volvulus lors du Rhamadan, période d'abstinence diurne absolue alternant avec des ingestions nocturnes abondantes.

La torsion gastrique explique certaines gastralgies transitoires ou rebelles avec douleurs, vomissements post prandiaux, amaigrissement et adynamie par deshydratation et hypo-alimentation. Le malade en arrive à se priver de nourriture pour éviter la surcharge insupportable d'un estomac qui n'est plus en équilibre anatomique et ne peut plus s'évacuer que par une régurgitation immédiate. D'autres fois, c'est le pylore qui est comprimé et les symptômes sont identiques.

Le retentissement sur le foie est fréquent comme au cours de toutes les affections intestinales chroniques. Il peut se révéler par un léger subictère avec point douloureux vésiculaire. Chiray cite même un cas d'ictère franc. Et bien souvent cholécystographie et tubage duodénal sont nécessaires pour démontrer que la vésicule est normale.

L'anémie, d'origine intestinale peut, dans certains cas compliquer le dolichocôlon et Jean-Charles Roux en cite deux cas. De même, les hémorragies, depuis les petites hémorragies occultes décelées par l'examen des selles jusqu'au méloëna important et même aux hématoméses.

Pathogénie

La pathogénie du dolichocôlon a suscité de nombreuses théories qu'on peut classer de la façon suivante :

1° Théories anatomiques au nombre de deux:

L'hypothèse de l'origine embryologique ou fœtale a été soutenue par Bryant et Larrymore. Ils démontrèrent

l'inexactitude de l'affirmation suivante de Cruveilhier : « Il serait important de réunir toutes les variétés de longueur et de disposition de l'arc du côlon. Les différences de longueur ne sont nullement congénitales, car, chez tous les enfants nouveaux-nés, le gros intestin me paraît avoir à peu de chose près la même longueur ». Larrymore, dans son étude comparée des intestins de l'enfant et de l'adulte fournit à l'appui de ses dires de nombreux documents radiologiques extrêmement convaincants. Les partisans de l'hypothèse embryologique basent leur argumentation sur le fait que l'intestin du fœtus qui, durant les premiers mois de la vie intra-utérine, était resté médian, subit du 5^e au 9^e mois un accroissement rapide qui peut être à l'origine des malformations du côlon. La rotation et la fixation du canal intestinal seraient des facteurs éventuels de l'allongement colique.

La deuxième hypothèse est celle de l'origine infantile ou post-embryologique du dolichocôlon l'attribuant à un trouble du développement pendant la vie extra-utérine. Trèves, puis Marfan admettent que chez l'enfant, à la naissance, la longueur du côlon, et en particulier celle du côlon sigmoïde, se trouve être proportionnellement beaucoup plus considérable que chez l'adulte. Larrymore critiquant cette opinion, démontra que le grêle seul participait à cet allongement démesuré à l'exclusion du gros intestin qui, au contraire, subissait peu de variations de l'enfance à l'âge adulte. La thèse de la persistance d'une lésion infantile était dès lors nettement infirmée.

2° Théories physio-pathologiques :

Marfan, en 1903, envisageait l'influence de la dyspepsie dans l'augmentation de la longueur de l'intestin chez les nouveaux-nés. Déjà, en 1843, Cruveilhier, « parmi les causes d'allongement, regardait la constipation comme jouant le principal rôle ». Lane (1901), Caucci (1921) et Pauchet

(1929) considèrent la constipation chronique comme un facteur de dolichocôlon.

Pour Lardennois, la stase intestinale chronique et la colite entraînent l'allongement du sigmoïde ou l'accentuent. Même dans la première enfance, l'hypothèse de l'origine congénitale ne résisterait pas à la critique. « Il est des dolichocôlons chez des enfants de cinq ans, dont l'intestin a déjà une longue histoire ».

Les travaux de Belot, Bécclère, Girault et de Mlle Reichenecker ont démontré qu'une thérapeutique appropriée, faisant disparaître la stase intestinale entraîne fréquemment une diminution de longueur, du dolichocôlon, ce qui précise singulièrement l'importance du facteur constipation.

3° Théorie personnelle de Chiray.

Chiray pose la question de la façon suivante: « Faut-il considérer le dolichocôlon comme une simple anomalie congénitale qui peut rester latente, être découverte par hasard à l'occasion d'un examen radiologique ou donner lieu dans quelques cas à des troubles pathologiques. S'agit-il, au contraire, d'une véritable maladie nettement secondaire à des troubles digestifs? » Il distingue :

- a) des causes prédisposantes d'ordre anatomique;
- b) des causes déterminantes d'ordre physio-pathologique.

Pour lui, le dolichocôlon est une entité anatomo-clinique due à des troubles de la motricité intestinale favorisés par une prédisposition anatomique: anomalie de fixation ou de longueur des mésos.

Deux alternatives se présentent: ou le dolichocôlon reste cliniquement muet et passe inaperçu, cela est dû à une bonne musculature intestinale: « A bonne musculature, dolichocôlon silencieux »; ou bien apparaît la triade symptomatique due à un trouble de la motricité: « A musculature anormale, dolichocôlon pathologique ».

A quoi est due cette patence du dolichocôlon? Elle n'est pas due à la colite, invoquée par Lardennois, puisqu'elle est en général secondaire. Elle n'est pas due à la constipation par obstacle mécanique parce que celle-ci entraîne plutôt la dilatation du segment sus-jacent à l'obstacle que son allongement, d'ailleurs au niveau de l'anse dolichocolique le transit est en général accéléré. Elle n'est pas due à une constipation spasmodique puisqu'il n'y a pas de tendance au spasme. Elle n'est pas due à l'atonie, puisque le dolichocôlon ne paraît pas particulièrement fréquent chez le vieillard. Elle serait due à un trouble fonctionnel complexe des fonctions motrices du côlon.

Certaines notions récemment acquises démontrent, en effet, la solidarité entre les différentes portions du tractus gastro-intestinal. Alvarez, en 1922, étudiant le processus digestif, établit d'abord que les contractions rythmiques de l'intestin seraient une propriété du muscle intestinal. Le système nerveux autonome (plexus d'Auerbach et Meissner) contrôlerait automatiquement ces mouvements et les coordonnerait. Mais ce système nerveux autonome serait lui-même sous la dépendance du système sympathique et parasympathique. Pour Keith, il existerait un tissu nodal au niveau duquel les cellules nerveuses entreraient en contact avec les fibres musculaires lisses. On conçoit dès lors la répercussion que peut avoir la moindre lésion localisée sur l'ensemble de l'intestin par l'intermédiaire de ce système nerveux autonome. De même, une lésion organique pourrait avoir une action par l'intermédiaire du système sympathique ou parasympathique et par répercussion sur le plexus d'Auerbach ou sur les centres nodaux de Keith, sur les fonctions motrices de l'intestin.

Les lésions cérébrales ou médullaires, les lésions des glandes endocrines, l'insuffisance hormonale pourraient aussi jouer un rôle puisque nous connaissons des cas de dolichocôlon après encéphalite (Bensaude, Cain, Layanni), après syphilis cérébro-spinale (Finkelstein), chez un acro-

mégale (Carnot), au cours du myxœdème (Péhu, Ribadeau-Dumas, Cathala) et que Sulzer a décelé la présence d'une hormone péristaltique dans les extraits de muqueuse gastrique ou duodénale.

Tauzun, de son côté, dans un article de la « Presse Médicale » distingue entre le dolichocôlon congénital qui n'est pas un effet mais une cause, et le dolichocôlon acquis qui est un résultat pathologique avant d'être une cause pathogène. Il conclut son article de la façon suivante : « La pathogénie du dolichocôlon n'est pas univoque, c'est peut-être pour cela que sa symptomatologie n'est pas davantage pathognomonique ni sa thérapeutique spécifique ».

Formes cliniques

De nombreuses formes cliniques ont été décrites dont nous allons citer les principales :

Forme colitique : la constipation chronique, symptôme habituel, manque complètement, et la diarrhée est permanente d'emblée. Il ne s'agit plus de débâcles sur un fond de constipation mais de diarrhée vraie.

Forme dyspeptique : certains signes doivent attirer l'attention sur l'intestin, en particulier le météorisme abdominal, l'intolérance paradoxale du côlon et la fétidité de l'haleine;

Forme hépato-vésiculaire;

Forme entéro-rénale : une des plus fréquentes d'après Le Sage;

Forme pseudo-tumorale : parfois perceptible à la palpation;

Forme avec signes de rectite;

Forme hémorragique et anémique : surtout des hémorragies intestinales se traduisant par du mœna;

Forme avec prédominance de signes généraux et de troubles nerveux;

Forme fruste;

Forme latente ;

Forme de l'enfant (Marfan et ses élèves) .

Forme familiale admise par Bensaude.

A côté de cette longue liste de formes cliniques indiquées dans le bel ouvrage de Chiray, Lomon et Wahl, nous voulons décrire ici, ce qui fait l'objet de ce travail, une forme que personne ne signale, que certains même nient (Le Sage) et qu'il nous a été permis d'étudier dans le service du docteur Brodin à l'hôpital des Ménages :

« Le dolichocôlon chez le vieillard. »

Pour cela, nous publions ici un certain nombre de cas de dolichocôlon observés chez des vieillards de plus de 70 ans. Le nombre total de lavements barytés donnés ayant été de 46.

OBSERVATION I

Mme Com....., 77 ans

Rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est une constipation de vieille date.

Vient consulter en janvier 1939. Se plaint de pesanteurs post-prandiales, de nausées, de douleurs vagues du côté droit, de constipation intense, de vertiges. Au palper abdominal, on trouve un point vésiculaire douloureux. Les poumons, les reflexes sont normaux. On note une légère arythmie, la tension au Pachon est à 20-10.

Un lavement baryté donné le 2 février 1939 montre un angle droit normal, un transverse un peu bas, un angle gauche très haut situé et une série de boucles sur le descendant.

OBSERVATION II

M. Gar....., 82 ans

Rien à signaler dans les antécédents.

Vient consulter en janvier 1939 pour douleurs du membre inférieur droit à type de sciatique. Il a bon appétit, la digestion est difficile, les selles sont régulières. Le cœur est normal, la tension artérielle à 27-14.

Un lavement baryté est pratiqué le 8 février 1939 qui indique un intestin normal mais présentant une boucle sur le descendant.

OBSERVATION III

Mme Pan....., 75 ans

Signale des troubles gastriques consistant surtout en pyrosis depuis depuis de longues années.

Vient consulter en décembre 1937 pour troubles gastriques: brûlures et regurgitations. A l'examen, on trouve

une douleur au niveau de la région vésiculaire. La malade a un souffle systolique de la pointe, sa tension est à 18-8.

Un transit est pratiqué le 21 décembre 1937 qui montre le premier jour, au moment de l'ingestion de la baryte, des gaz en quantité très importante dans l'abdomen surtout à gauche, l'estomac est très allongé sans liquide à jeun, avec évacuation assez précoce. Six heures après, la baryte se trouve dans la dernière anse grêle, le bas-fond cæcal et dans le côlon gauche qui paraît très allongé. Le lendemain, on a une tache dans le bas-fond cæcal, l'ampoule rectale est fortement injectée, il y a des gaz en abondance dans le reste du côlon. Un lavement donné aussitôt après révèle un énorme dolicho-méga-sigmoïde et descendant. La capacité est de 2 l. 3/4.

OBSERVATION IV

Mme Pey....., 75 ans

Antécédents: chlorose à 20 ans. Bronchite chronique.

Le 25 octobre 1937, date de son entrée aux Ménages, elle présentait de la toux, de la dyspnée d'effort, de la constipation légère depuis 3-4 ans. Le cœur était normal, la tension à 19-9. La respiration était rude et soufflante, quelques craquements existaient au sommet droit après la toux. L'abdomen ne présentait aucun point douloureux.

Le 1^{er} février 1939, elle revient consulter, se plaignant d'essoufflement. La tension est à 10-20.

Le 9 février 1939, un lavement baryté montre un dolichocôlon portant surtout sur le sigmoïde et le côlon gauche avec sinuosité de l'origine du transverse.

OBSERVATION V

Mme Rie....., 83 ans

Fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans. Hernie ombilicale étranglée en 1929.

Entrée aux Ménages en avril 1936. A ce moment, présente un bon état général, de la constipation de longue date, une légère arythmie, sa tension est à 18-10.

Vingt jours après son admission, le 24 avril, elle vient consulter pour vomissements, douleurs épigastriques, constipation. Elle présente une sensibilité vive vésiculaire.

Le 28 avril 1936, on étudie son transit intestinal qui montre au moment de l'ingestion de la baryte un estomac biloculaire au début, puis à corps normal mais la région de l'antré est horizontale avec des gaz sous-hépatiques, une évacuation rapide ultérieure par un petit cadre duodénal. Cinq heures après, le cæcum est mal injecté, d'aspect flou, avec une sensibilité diffuse à son niveau : la baryte occupe le côlon transverse et la moitié supérieure du descendant. Le lendemain, tout l'intestin est injecté, ptosé, contourné, avec un cæcum recourbé en dehors.

Peu après, le 8 mai 1936, elle est opérée d'urgence pour hernie étranglée.

Le 26 juin suivant, elle revient consulter pour crises douloureuses d'hypocondre droit avec constipation. Elle présente un point vésiculaire.

Le 3 juillet, une radio de la vésicule, après radiotétrane colloïdal donne : vésicule injectée homogène, mais ne s'évacuant que très faiblement après repas gras.

En 1937, elle revient consulter deux fois pour constipation et l'on trouve toujours un point vésiculaire.

Enfin le 9 février 1939 un lavement baryté lui est donné qui montre un léger mégacôlon du transverse avec allongement.

OBSERVATION VI

Mme Cop....., 76 ans

Aucune maladie importante dans ses antécédents, mais présente de la constipation depuis extrêmement longtemps.

Entrée en février 1936. A ce moment-là, se plaignait

d'essoufflement, de constipation susceptible de durer 4-5 jours, mais cédant facilement aux purgations et laxatifs. A l'examen, elle présentait de la tachycardie, une tension à 25-12, une région vésiculaire sensible.

Plusieurs fois, elle vient consulter pour bourdonnements d'oreille, vertiges, anorexie.

En juillet 1938, elle fait un léger ictus.

Le 31 mars 1939 elle vient consulter pour troubles de la vue, de l'œil gauche surtout. Un examen montre l'existence d'hémorragies rétinienne diffuses à prédominance peripapillaire.

Le 5 avril 1939 un lavement baryté montre l'existence d'un dolichocôlon gauche avec 2 anses à la partie inférieure.

OBSERVATION VII

Mme Roc....., 75 ans

Cholecystectomie en 1917.

Est aux Ménages depuis 11 ans.

Vient consulter en mai 1937 pour somnolence, étourdissements, vertiges. La tension est à 20-12. Elle présente un clangor du deuxième bruit à la base. Le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 55.

Plusieurs fois, dans les derniers mois de 1937 et au cours de 1938, elle vient consulter pour les mêmes raisons.

La dernière consultation remonte au 21 avril 1939. On lui fit faire à ce moment là un lavement baryté qui montra un dolichicôlon gauche anormalement replié sur lui-même.

OBSERVATION VIII

Mme Dub....., 78 ans

Il n'y a à retenir dans ses antécédents qu'une constipation de longue date.

Se présente à la visite d'admission le 31 juillet 1936.

Se plaint d'une constipation dont la durée n'excède jamais 2-3 jours et qui résiste aux lavements. A l'examen, on trouve un point douloureux para-ombilical droit en position couchée, le foie paraît un peu gros. La tension est à 26-11, elle présente de la tachycardie et quelques extrasystoles.

En octobre 1936, elle revient consulter pour troubles circulatoires importants des membres inférieurs. En 1937, 1938, elle revient plusieurs fois, toujours pour la même raison.

Le 5 mai 1939, un lavement baryté montre un très important dolichocôlon gauche.

OBSERVATION IX

Mme Car....., 80 ans

Rien à signaler dans les antécédents.

Se présente à la visite d'admission en juillet 1937. La tension est à 19-10, elle présente un souffle systolique de la base. Elle se plaint de douleurs épigastriques d'apparition d'ailleurs très irrégulière. Au palper abdominal on trouve une légère douleur de la région vésiculaire.

Depuis, est venue très rarement consulter pour des petits malaises variés.

Le 17 février 1939, un lavement baryté montre un important dolichocôlon gauche.

OBSERVATION X

Mme Mar....., 81 ans

Rien à signaler parmi les antécédents, si ce n'est une constipation opiniâtre durant depuis très longtemps.

Elle se plaint de douleurs épigastriques survenant de temps à autre et calmées par l'absorption d'aliments, de

vertiges, de céphalées. La tension est à 21-12, à la base existe un clangor assez intense.

Un lavement baryté lui est donné en février 1939 qui indique une boucle importante sur le sigmoïde.

OBSERVATION XI

Mme Mac....., 90 ans

Chlorose à 20 ans, pleurésie à 18 ans, phlébite double des membres inférieurs à 27 ans. S'est toujours plainte de constipation et a eu une crise subocclusive à 50 ans.

Actuellement, sa constipation existe toujours, ne résiste pas aux purgations, mais la malade présente une grande tolérance aux lavements. Sa tension est à 21-12. On trouve quelques extra-systoles et des troubles circulatoires des membres inférieurs.

Un lavement baryté pratiqué le 22 février 1939 indique un important dolichocôlon de l'angle gauche et du descendant.

OBSERVATION XII

Mme Mon....., 84 ans

Aucun antécédent pathologique important, présente de la constipation depuis 5-6 ans.

Actuellement se plaint de douleurs précordiales. La constipation n'est pas très intense, cédant facilement aux laxatifs et purgations. Sa tension est à 19-7, son cœur est normal à l'auscultation.

Un lavement baryté lui est donné le 9 février 1939 qui montre une petite boucle à la partie moyenne du descendant.

OBSERVATION XIII

Mme Mas....., 76 ans

A eu une typhoïde à l'âge de 12 ans. Souffre de l'estomac

depuis cette époque, se plaint en particulier de brûlures, de digestions difficiles. A fait quatre fausses couches. A eu une hystérectomie à l'âge de 43 ans. En 1923, à l'âge de 60 ans, a eu une intervention gastrique pour ulcère, jusqu'alors elle se plaignait de constipation chronique qui a disparu à ce moment là.

Actuellement, elle présente des vertiges, de la céphalée, de l'insomnie, de l'anorexie, de l'intolérance aux aliments gras. Elle se plaint toujours de son estomac et de la difficulté de ses digestions. La tension est à 21-12, on note quelques extra-systoles.

Un lavement baryté lui est donné le 1^{er} février 1939 qui indique un très grand allongement de l'intestin avec replis multiples au niveau de l'angle gauche.

OBSERVATION XIV

M. Ail..., 76 ans

Rien à signaler dans les antécédents.

Se présente à la visite d'admission le 20 janvier 1936 se plaignant de quelques douleurs lombaires. A l'examen, on constate un faciès inexpressif, un léger tremblement des extrémités, une certaine hésitation de la parole. Son cœur est irrégulier, sa tension à 18-9.

On lui donne un lavement baryté le 9 février 1939 qui indique un dolicho-sigmoïde avec un angle splénique haut situé.

OBSERVATION XV

M. Sau....., 78 ans

Aucun antécédent intéressant.

A été examiné en décembre 1935 à la suite d'une chute. On fit une numération globulaire et l'on trouva 1.960.000 globules rouges et 7.200 globules blancs. Un tubage gas-

trique indiqua de l'achlorydrie. On nota quelques intermit-
tences cardiaques et son poids était de 72 kgs.

En février 1936, après traitement par des extraits de
foie, une nouvelle numération globulaire indiqua: 2 mil-
lions 180.000 globules rouges, 6.000 globules blancs. Son
poids était alors de 74 kg. 200 et sa tension à 17-7.

Un transit intestinal montra un estomac sans déforma-
tion ni liquide à jeun s'évacuant normalement.

Un lavement baryté indiqua un dolichocôlon important
du sigmoïde et un rétrécissement de la partie inférieure
du descendant.

OBSERVATION XVI

M. Soy....., 71 ans

A eu une dysenterie en 1918 et une hematurie qui ne
s'est pas reproduite depuis, en 1924.

Il vient consulter en novembre 1934 pour prurit assez
intense en particulier au niveau des paupières, des coudes
et de la région périanale, surtout marqué la nuit. Sa ten-
sion est à 19-8. Son cœur, ses poumons sont normaux. Il
a 0 gr. 35 d'urée sanguine.

On étudie son transit intestinal en décembre 1934 et l'on
remarque au moment de l'ingestion de baryte un remplis-
sage de l'estomac en cascade et une grosse aérocalie gau-
che. Six heures après il y a un léger résidu baryté dans le
bas-fond gastrique et un cœcum dilaté présentant un aspect
piriforme à pointe inférieure, le transverse est injecté. Le
lendemain, le cœcum est fortement injecté à sa partie infé-
rieure séparée du foie par une tâche gazeuse, l'ascendant
paraît remonter très haut, il est spasmodique ainsi que le début
du transverse, il y a une grosse aérocolie gauche. Enfin, le
surlendemain, on trouve des traces de baryte dans le trans-
verse et le côlon gauche anormalement coudé et une grosse
tache dans l'ampoule rectale.

Un lavement montre une anse sigmoïde se dirigeant

franchement vers la fosse iliaque droite avec descendant remontant vers l'angle splénique et une boucle sur le transverse au niveau de l'angle droit.

OBSERVATION XVII

Mme Ver....., 71 ans

A contracté la syphilis il y a 25 ans environ. Cholecystectomie il y a quelques années.

Entrée aux Ménages en août 1936. A ce moment là se plaignait de fatigue générale, d'insomnie, d'anorexie, d'amaigrissement, de constipation. Sa tension était de 23-13. A l'auscultation, on constatait un clangor aortique. Le palper abdominal indiquait une hyperesthésie cutanée avec points douloureux plus marqués dans la région vésiculaire et dans la fosse iliaque droite. Au point de vue nerveux, on constatait l'existence d'un Argyll Robertson, un signe de Romberg.

Depuis, la malade a consulté pour des troubles variés et on lui a fait plusieurs séries de traitement antisypilitique.

Dernièrement, elle est venue consulter pour une constipation très ancienne déjà, résistant aux purgations et laxatifs, pour des nausées, des digestions difficiles, une intolérance à certains aliments.

Un lavement baryté indique un dolicho-sigmoïde et une boucle sur le descendant.

OBSERVATION XVIII

Mme Gris....., 72 ans

Parmi les antécédents: entérite chronique dans sa jeunesse et coliques hépatiques il y a 25 ans.

Actuellement, elle se plaint de céphalée, d'insomnie, de bourdonnements d'oreille, d'intolérance aux œufs, aux aliments gras, de constipation et de douleurs dans l'hypocon-

re gauche. Sa constipation, qui date de 20-25 ans environ, est entrecoupée de périodes pendant lesquelles la malade a tous les matins une selle diarrhéique. Sa tension est de 19-9. Cœur, poumons, reflexes sont normaux.

Un lavement baryté donné le 25 mai 1939 indique un dolicho-sigmoïde important. La capacité de son côlon est de 2 l. 1/2.

OBSERVATION XIX

Mme Lef....., 76 ans

Néphrite en 1932.

Lors de son admission le 21 mai 1937, on constate un bon état général. La malade présente un kyste thyroïdien gros et dur.

Au cours de 1938, elle vient consulter à plusieurs reprises pour asthénie, vertiges, éblouissements. Sa tension se maintient aux environs de 20-10, elle a en moyenne 0 gr. 35 d'urée.

Alitée en novembre 1938 pour douleurs abdominales, on pose finalement le diagnostic de phlegmon périnéphritique suivi d'intervention. Au cours de l'examen un lavement baryté montra des boucles multiples sur le descendant.

OBSERVATION XX

Mme Dig....., 73 ans

Antécédents: Constipation très ancienne, fièvre typhoïde à 8 ans, ablation d'un fibrome.

La malade, qui lors de la visite d'admission avait un cœur et des poumons normaux, un foie un peu douloureux, vient consulter en février 1936 pour ballonnement après les repas et congestion faciale. A l'examen, on trouve un point vésiculaire et un point para-ombilical douloureux.

L'étude de son transit montre le premier jour une enco-

che momentanée à la partie inférieure de la grande courbure de l'estomac, l'évacuation est lente. Le lendemain, le côlon droit est évacué, l'angle gauche est haut situé, il paraît exister un dolicho-sigmoïde. Un lavement baryté lui est donné qui ne progresse pas au delà du sigmoïde.

Depuis elle est venue consulter à plusieurs reprises pour troubles cardiaques et circulatoires.

Un lavement baryté pratiqué le 26 mai 1939 montre un énorme dolicho-sigmoïde.

OBSERVATION XXI

Mme Gal....., 78 ans

A présenté un épisode diarrhéique aigu en 1938. A séjourné cinq ans en Afrique du Nord.

Le 19 mai 1939 aurait eu un melœna assez important. Depuis cette date elle présente une diarrhée profuse avec selles très nombreuses, en particulier le 22 et le 23 mai.

Le 23 mai l'abdomen est souple, peu douloureux. La palpation profonde réveille une douleur assez nette dans la fosse iliaque droite. On constate l'existence d'une tumeur du sein gauche apparue depuis très longtemps, dure, indolore, du volume d'un citron, non adhérente aux plans profonds et superficiels.

Le 24 mai, la diarrhée a cessé. L'abdomen reste souple mais douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite où l'on perçoit une masse assez volumineuse, bien limitée, qui semble se trouver sur le côlon droit.

Un lavement baryté lui est donné le 1^{er} juin 1939 qui montre un dolicho-sigmoïde important et une boucle sur le descendant.

OBSERVATION XXII

Mme Gui....., 74 ans

Passé hépatique marqué par plusieurs poussées d'ictère et par des crises de coliques hépatiques.

Ictère en 1937, en particulier qui a nécessité son hospitalisation du 27 janvier au 24 février 1939. Elle présentait un point pancréatico-cholédocien très douloureux.

Une radiographie de la vésicule, après radiotétrane pratiquée le 29 février, montra une vésicule très faiblement injectée, s'évacuant après un repas gras, paraissant renfermer quelques calculs.

Actuellement, la malade ne supporte pas les œufs, les aliments gras. Elle présente une digestion difficile et vomit de temps à autre.

Une radiographie pratiquée le 31 mai 1939 après lavement baryté montre une boucle sur l'ascendant.

De cet ensemble d'observations nous pouvons retirer un certain nombre de renseignements.

Fréquence

Contrairement à ce que de nombreux auteurs ont affirmé, il semble que le dolichocôlon serait fréquent chez le vieillard. Sur 46 cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, nous avons trouvé 22 dolichocôlons, ce qui représente une proportion importante. D'après nos observations, il paraîtrait aussi qu'il soit plus fréquent chez la femme que chez l'homme, mais cela provient surtout du fait que le nombre de femmes hospitalisées est bien supérieur à celui des hommes. •

Aspect

L'aspect de ces dolichocôlons nous permet de nous rallier à la plupart des statistiques établies jusqu'ici. C'est, et de beaucoup, le dolichocôlon du descendant qui est le plus fréquent (I, II, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII, XIX), puis le sigmoïde (X, XIV, XV, XVIII, XX), le sigmoïde et le descendant associés (III, IV, XVII, XXI), enfin le transverse (V, XVI), dans deux cas (III, V) on a un mégacôlon associé et dans un cas un dolichocôlon ascendant (XXII).

Evolution

Mais une question très importante, puisqu'elle intéresse au premier chef la symptomatologie et aussi la pathogénie du dolichocôlon, est l'histoire et les symptômes actuels des divers cas ici rapportés.

L'histoire est extrêmement variée.

Le plus souvent, il y a un passé intestinal marqué surtout par la constipation : I, V, VI, VIII, X, XI, XII, XVI, XX, XXI.

Bien souvent il n'y a aucun trouble se rapportant à l'intestin : II, IV, IX, XIV, XV, XIX.

Enfin, l'on trouve des troubles gastriques et hépatiques distincts ou associés: III, VII, XIII, XVII, XXII.

Par quels symptômes actuels se traduisent ces divers cas de dolichocôlon?

En règle générale, ils sont absolument latents, leur découverte n'est qu'un hasard d'examen, on les surprend sans qu'ils se soient révélés d'une façon ou d'une autre: II, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XVIII, XIX.

Tantôt il existe des troubles gastriques (III, XIII, XX), tantôt des troubles hépatiques (I, V, XVII, XXII), quelquefois de la diarrhée (XXI).

La plupart du temps, la constipation persiste mais elle ne gêne pas le malade et il vient rarement consulter pour cette raison.

Enfin, dans deux cas (XV, XVI) les malades présentent des troubles anémiques et sanguins.

En résumé, le dolichocôlon se traduit surtout par trois ordres de symptômes: constipation, troubles gastriques, troubles hépatiques.

La constipation est précoce, datant de l'enfance bien souvent. Les malades ne peuvent préciser la durée des périodes de constipation car, pour la plupart, ils prennent habituellement un laxatif quotidien. Certains cependant déclarent être parfois resté 5-6 jours sans aller à la selle. La tolérance aux lavements est assez souvent importante et souvent aussi les périodes de constipation sont coupées par de courtes périodes diarrhéiques.

Les troubles gastriques se traduisent par des vomissements, du pyrosis, des regurgitations, de la pesanteur post-prandiale, des douleurs épigastriques. Bien souvent d'ailleurs ces troubles sont dus à des déformations de l'estomac par compression. C'est ce qu'il nous a été permis, à maintes reprises, de constater radiologiquement. Le dolichocôlon comprime l'estomac, lui donnant un aspect bi-loculaire, gênant son évacuation et même, comme nous l'avons

vu chez un sujet plus jeune et comme Farny le signale dans sa thèse, produisant un volvulus gastrique.

Enfin, les troubles hépatiques se traduisent par des nausées, de l'intolérance aux aliments gras, par des douleurs de l'hypocondre droit. A l'examen, on trouve très souvent un point vésiculaire. Ces troubles sont à ce point intenses que, très souvent, on est obligé de recourir à la cholecystographie pour voir si leur origine n'est pas vésiculaire.

C'est donc en présence de ces divers symptômes qu'il faut penser au dolichocôlon et pratiquer les examens digestifs qui permettent d'en faire le diagnostic.

Pathogénie

De ces diverses considérations concernant la fréquence, l'aspect, l'évolution du dolichocôlon chez le vieillard, que conclure au point de vue pathogénie? Il convient pour cela d'examiner successivement les théories émises jusqu'à maintenant et d'étudier leur valeur.

Nous ne nous arrêterons guère aux théories anatomistes, les premières en date, que ce soit celle de l'origine embryologique ou fœtale soutenue par Bryant et Larrimore ou celle de l'origine infantile soutenue par Trèves, puis Marfan. Elles ont le gros défaut de ne considérer qu'un aspect de la question. Cependant, étant donné l'existence d'un certain nombre de dolichocôlons chez l'enfant, ces théories ont une part de vérité. Cette affection est pourtant d'une rareté relative chez l'enfant vue sa fréquence chez le vieillard, ce qui indique que la plupart des dolichocôlons sont acquis, d'où l'importance des autres théories.

Les diverses théories physio-pathologiques méritent une beaucoup plus grande attention. Lardennois, Lane, Caucci, Pauchet, précédés d'une façon lointaine par Cruveilhier, considèrent la constipation chronique comme un facteur de dolichocôlon. Or, dans les cas que nous citons ici nous trouvons seulement neuf malades sur vingt-deux se plai-

gnant de constipation et encore d'une constipation parfois de date récente et très supportable. Il nous paraît donc injustifié de faire de la constipation la base de la pathogénie du dolichocôlon. C'est peut-être un facteur qui concourt à son organisation et à son développement, ce n'en est pas la cause exclusive.

Marfan, en 1903, envisageait l'influence de la dyspepsie dans l'augmentation de la longueur de l'intestin chez le nouveau-né. A cette époque-là, nos malades étaient-ils dyspeptiques? Nous n'en savons rien. En tout cas dans la suite leur fonction gastrique s'est bien effectuée puisque nous ne trouvons que quatre cas de troubles gastriques antécédents.

Bernard, Carnot, Farny, Le Sage incriminent l'alimentation, en particulier le régime végétarien. Nos malades ont vécu un peu partout, en province et à Paris, certains à l'étranger, ils ont connu les régimes alimentaires les plus variés et ils en sont cependant arrivés au même point : la présence d'un dolichocôlon. Il ne semble donc pas que le mode d'alimentation soit un facteur déterminant.

Enfin, nous arrivons à la théorie personnelle de Chiray, la plus complexe et la plus solidement étayée. Nous l'avons déjà résumée plus haut et n'avons donc pas besoin de la rappeler ici. Qu'il y ait des causes prédisposantes d'ordre anatomique et des causes déterminantes d'ordre physiopathologique semble tout à fait exact. Mais il est certains points de détail sur lesquels nous ne sommes pas entièrement d'accord avec lui.

Il distingue bien dans le dolichocôlon une période de latence et une période de patence, mais il semble qu'il considère cette première période évoluant à bas bruit comme la période de formation du dolichocôlon et que, dès celui-ci définitivement formé, apparaisse la triade symptomatique, la période d'état. D'après nos observations, au contraire, il paraît que, définitivement constitué, le dolichocôlon reste

totallement silencieux. Dans la plupart des cas, en effet, nous l'avons en somme surpris, sans qu'en aucune manière il nous ait révélé sa présence.

A quoi est due la patience du dolichocôlon, demande Chiray? Et il énumère plusieurs raisons possibles, en les réfutant, pour arriver à sa conclusion de lésion du système nerveux autonome entraînant des troubles de la motricité intestinale. Parmi ces raisons possibles est l'atonie qui n'est pas en cause puisque, dit-il « le dolichocôlon ne paraît pas particulièrement fréquent chez le vieillard ». L'énumération de nos observations suffit à infirmer cette affirmation.

Que vue la solidarité entre les différentes portions du tractus gastro-intestinal la moindre lésion en un point quelconque de l'intestin favorise l'apparition d'un dolichocôlon, nous l'admettons; que des lésions organiques par l'intermédiaire du système sympathique ou parasympathique, que des lésions cérébrales ou médullaires, que des lésions des glandes endocrines, que l'insuffisance hormonale aient le même effet, nous l'admettons aussi. Nous croyons même que tous ces troubles, les troubles sympathiques en particulier, jouent un grand rôle dans l'étiologie du dolichocôlon, mais il est parfois, vu leur mémoire défailante, bien difficile de faire préciser nos malades. Cependant, chez eux, dont certains sont en parfaite santé, il semble que la cause déterminante soit l'âge, c'est-à-dire l'atonie, caractéristique des organismes usés, usure qui s'étend à toutes les fibres de l'organisme aussi bien intestinales que nerveuses, que musculaires, et nous ne pouvons que conclure avec Tazun: « La pathogénie du dolichocôlon n'est pas univoque, c'est peut-être pour cela que sa symptomatologie n'est pas davantage pathognomonique ni sa thérapeutique spécifique. »

Traitement

Le traitement sera médical, le chirurgical étant réservé

à certaines complications d'ailleurs rares, tel le volvulus.

On peut l'établir de la façon suivante: Régime surtout végétarien ou dissocié avec absorption quotidienne de lubrifiant, paraffine en particulier, dans le cas de constipation on donnera des mucilages;

Si les troubles digestifs sont importants, désinfection par charbon surtout activé;

En cas de complications hépatiques, on appliquera le traitement des cholécystites par le régime surtout végétarien et par les cholagogues surtout acide oléique et sels de soude à petite dose. Le malade fera, si possible, une cure à Vichy;

Enfin, les entéroclyses ont été signalés comme donnant de bons résultats, ce que nous avons d'ailleurs pu constater dans certains cas, mais nous n'en avons pas une expérience suffisante pour pouvoir en parler en connaissance de cause.

CONCLUSIONS

1° Le dolichocôlon est fréquent chez le vieillard : 22 cas sur 46 observations.

2° En plein accord avec les statistiques publiées jusqu'ici, nous constatons que, de tous, le dolichocôlon du descendant est le plus fréquent.

3° Longtemps le dolichocôlon reste absolument latent et ce n'est bien souvent que le hasard d'un examen qui peut le faire découvrir.

4° A toutes les causes de sa formation déjà indiquées dans les travaux précédents, nous ajoutons l'atonie tissulaire survenant chez les vieillards.

5° Les symptômes principaux qui doivent faire pratiquer les examens digestifs seuls capables de permettre de poser sûrement le diagnostic de dolichocôlon sont : la constipation, le retentissement hépatique, le retentissement gastrique.

6° Parmi les complications observées dans le dolichocôlon du vieillard, la plus fréquente est l'existence d'une cholésystite, ensuite nous trouvons les troubles gastriques, la possibilité d'hémorragies intestinales, les crises de subocclusion.

7° Le pronostic dans l'ensemble est d'autant plus favorable que le diagnostic en a été fait plus précocement. Par une surveillance attentive de l'intestin, on peut en effet en régulariser le fonctionnement et éviter les complications.

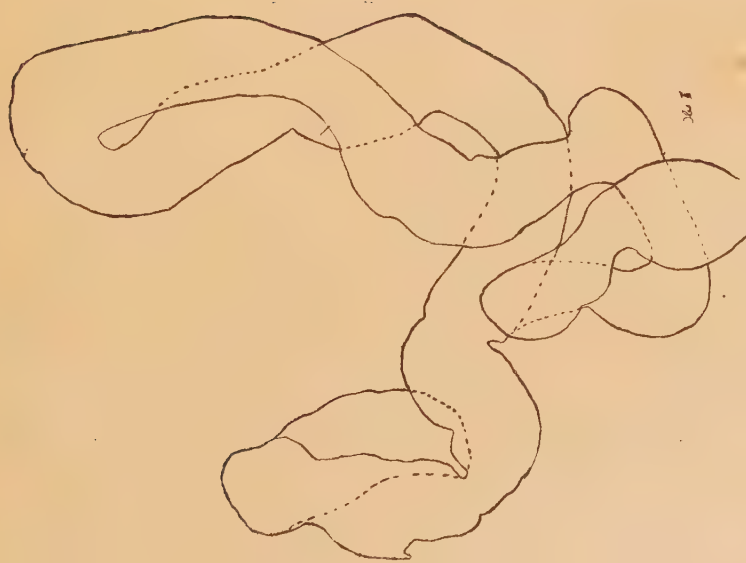
Vu
Le Président de la Thèse :
FIESSINGER.

VU
et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY.

VU
Le Doyen.
Pour le doyen :
L'Assesseur :
A. BAUDOUIN.



Observation VI



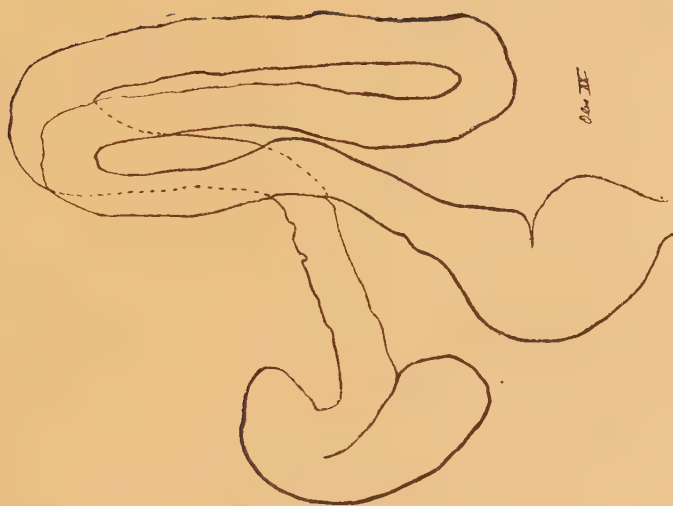
Observation I



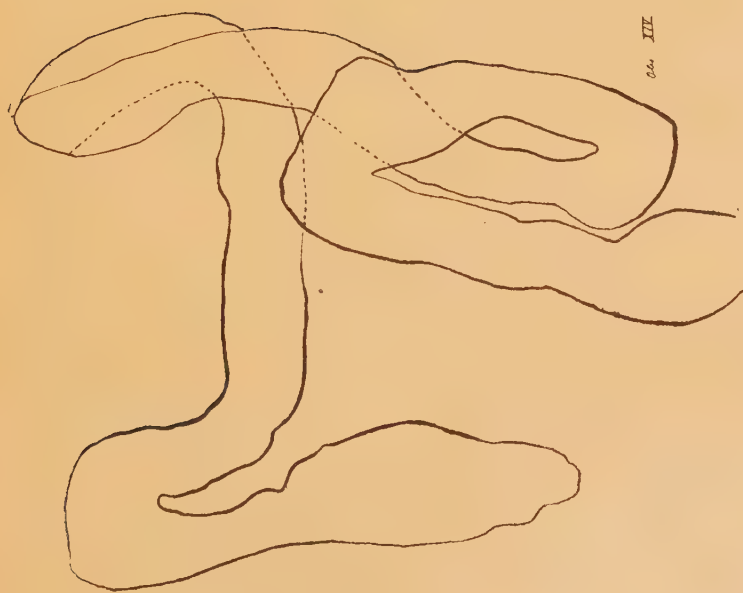
Observation XIII



Observation VIII



Observation XX



Observation XIV

BIBLIOGRAPHIE

- AUBOURG. — L'évolution des dolichocôlons (*Bull. et Mém. Soc. Méd. de Paris*, n° 11).
- Hyperpneumocolie (*Petites cliniques de la Presse méd.*, n° 76, 23 septembre 1933).
- Examens radiologiques d'un cas de dolichocôlon à vingt ans de distance (*Presse méd.*, n° 103, 24 déc. 1932).
- BELOT. — Dolichocôlon ilio-pelvien (*Algérie médicale*, n° 64, avr. 1933).
- BERLIN, TARNOPOLSKAJA, GRANAT. — Le dolichocôlon sigmoïdien et sa valeur clinique (*Arch. mal. app. dig.*, n° 4, avr. 1935).
- A. BERNARD, DE TAYRAC. — Réflexions sur le dolichocôlon (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 46, 18 nov. 1934).
- A. BERNARD, DE TAYRAC. — Les dolichocôlons, étude pathogénique. (*Gaz. des Hôp. civil et mil.*, n° 50, 22 juin 1935).
- A. BERNARD. — Sur le dolichocôlon (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 49, 4 déc. 1932).
- M. BERNARD. — Rétention d'urine due à un fécalome rectal chez un dolichocolique (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 20, 16 mai 1937).
- BABAIA NTZ. — A propos d'un cas de dolichocôlon et de mégasigmoïde géant chez un vieillard (*Journ. de radiol. et d'électrol.*, Aug. 1936).
- BONACCORSI. — Un interessante caso di dolico-côlon sigma in un namo di 57 anni (*Radiol. Méd.*, April 1937).
- CLAUDE R. BOCCA. — Les crises douloureuses abdominales du dolichocôlon (*Lyon Méd.*, 13 mars 1938).
- BENSAUDE et MONOD. — Le dolichosigmoïde (*Ann. de Méd.*, page 364, avril 1930).
- BIANCARDINI. — Le volvulus du côlon pelvien et son traitement (Thèse d'Alger, 1936).
- D. CASTRO NUNO. — Mégacôlon y dolico-côlon (*Rev. Mex. de circ. ginec y cancer*, April 1937).
- CHIRAY, LEBON. — Les syndromes colitiques dans le dolichocôlon (*Presse Méd.*, 12 oct. 1935).
- CHIRAY, LOMON et WAHL. — Le dolichocôlon, clinique, radiologie, thérapeutique (Masson, 1931).

- CHIRAY, LOMON, ROSANOFF. — A propos du dolichocôlon, notes cliniques, radiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques (*Presse Méd.*, n° 33, 25 avr. 1934).
- CARNOT. — Sur le dolichocôlon (*Paris Méd.*, 2 avril 1932).
- CHASSAGNARD. — Contribution à l'étude du mégacôlon ou dilatation idiopathique du gros intestin (*Thèse*, Bordeaux, 1909).
- CAIN (André) et MEYER (André). — Le diagnostic radiologique des obstructions du gros intestin par l'examen radiologique et sans préparation.
- DELORE et GABRIELLE. — A propos du mégacôlon (*Soc. Chir.*, Lyon, 27 mai 1935).
- DELORE. — Volvulus du côlon pelvien (*Lyon Chir.*, janv.-fév. 1933).
— Torsion d'un mégacôlon (*Rev. de Chir.*, oct. 1911).
- FARNY. — Contribution à l'étude du dolichocôlon (*Thèse d'Alger*, 1937).
- FEDELE-FEDELE. — Gangliectomie lombaire dans stase intestinale chronique par dolichocôlon (*Atti mem. de soc. lomb. di chir.*, 24 nov. 1935).
- GAEHLINGER. — La vogue actuelle du dolichocôlon est-elle légitime? (*Phare médical*, Paris, juin 1937).
- GUILLAIN BIZE. — Hemihypertrophie du corps de type congénital, totale et pure associée à un dolichosigmoïde (*Soc. Neur.*, Paris, 11 janvier 1934).
- GOINARD et TORREILLES. — La fréquence du dolichosigmoïde chez les indigènes nord-africains (*Alg. Méd.*, mars 1936).
- GOINARD et RIBET. — Mégasigmoïde pré-hépatique (*Soc. Méd.*, Alger, 21 janvier 1938).
- HAUTEFEUILLE. — Un cas de dolichocôlon (*Gaz. Méd. de Picardie*, nov. 1935).
- LANE. — Operative treatment of chronic constipation (Londres 1904).
— Chronique intestinal stasis (*Brit. Med. Journ.*, 22 avr. 1911).
- LEBON, LOUBEYRE, BLONDEAU. — Volvulus intermittent de l'estomac chez un malade atteint de dolichocôlon. (*Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutr.*, avril 1933).
- LEDOUX, LEBARD, GARCIA, CALDERON. — Côlon dolichocôlon (*Interprétation radiologique*, janv. 1937).
- LE SAGE. — Contribution à l'étude du dolichocôlon, neuf observations personnelles (*Un. méd. du Canada*, p. 1064, sept. 1935).
— Remarques sur le dolichocôlon (*Rép. méd.*, avr. 1936).
- LOUBEYRE. — Considérations sur le dolichocôlon (*Alg. Méd.*, juin 1932).

- LÉPER et TAUZUN. — Le diagnostic du dolichocôlon (*Presse Méd.*, 31 mai 1933).
- LÉPER. — L'atonie cœcale. Les entéro-névrites (*Leçons de path. dig.*, séries II, III, IV, Masson).
- LARDENNOIS. — Un cas de mégacôlon, pathogénie et traitement. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1924).
— Les colites infectieuses ulcéro-hémorragiques (*Rev. de Méd.*, janvier 1933).
- LARDENNOIS et AUBOURG. — Allongements segmentaires du gros intestin (*Journ. de radiol. et électrol.*, févr. 1914).
- LARRIMORE. — Human large intestine in new born et in adult (*Ann. of chir. méd.*, 1926).
- LERICHE. — Sympathectomie pour mégacôlon avec dolichocôlon. (*Soc. Chir., Lyon*, 21 mars 1935).
- LE TONDAL. — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant (Thèse de Paris, 1925).
- MAGENOIE, COURRIADES. — Dolichocôlon et cancer sigmoïdien (*Gaz. hebd. des Sc. Méd.*).
- MEYERS, PALGEN. — Quelques réflexions au sujet du dolichocôlon (*Bruxelles Méd.*, 19 nov. 1933).
- MOUCHOTTE. — Le dolichocôlon pelvien et son volvulus. (*L'Avenir Méd.*, févr. 1936).
- MARFAN. — Le gros ventre des nourrissons dyspeptiques et l'augmentation de longueur de l'intestin (*Rev. Mens. des mal. de l'enfance*, avril 1903).
- NOBÉCOURT. — Dolichocôlon et mégacôlon (*La pédiatrie prat.*, 25 avr. 1932).
- NARD. — Chirurgie du dolichocôlon. L'hémicolectomie splénique; sa technique; ses résultats (*Soc. Chir., Bordeaux*, 10 janv. 1935).
- OTTAVIANI. — Le dolichocôlon (*L'Esprit méd.*, sept. 1937).
- OURY et GODARD. — La constipation par dolichocôlon (*Presse therm. et climat.*, mai 1932).
- PORTE. — Maladie de Hirschprung (Thèse Paris, 1913).
- POIROT. — Dolichocôlon droit révélé seulement par insufflation (*Strasbourg Méd.*, 15 févr. 1935).
- PAUCHET. — Dolichocôlon sigmoïde traité par colectomie (Paris, Chir., 1928).
- ROCHER, LOUBAT, POUYANNE. — Dolichocôlon avec rétrécissement congénital du rectum. Colectomie splénique avec dilatation du rétrécissement. Guérison (Bordeaux, Chir., 27-30 janv. 1938).
- ROUX (Jean-Charles). — Anémie pernicieuse et dolicho-mégacôlon (*Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutr.*, nov. 1936).

- CHIRAY, LOMON, ROSANOFF. — A propos du dolichocôlon, notes cliniques, radiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques (*Presse Méd.*, n° 33, 25 avr. 1934).
- CARNOT. — Sur le dolichocôlon (*Paris Méd.*, 2 avril 1932).
- CHASSAGNARD. — Contribution à l'étude du mégacôlon ou dilatation idiopathique du gros intestin (*Thèse*, Bordeaux, 1909).
- CAIN (André) et MEYER (André). — Le diagnostic radiologique des obstructions du gros intestin par l'examen radiologique et sans préparation.
- DELORE et GABRIELLE. — A propos du mégacôlon (*Soc. Chir.*, Lyon, 27 mai 1935).
- DELORE. — Volvulus du côlon pelvien (*Lyon Chir.*, janv.-fév. 1933).
— Torsion d'un mégacôlon (*Rev. de Chir.*, oct. 1911).
- FARNY. — Contribution à l'étude du dolichocôlon (*Thèse d'Alger*, 1937).
- FEDELE-FEDELE. — Gangliectomie lombaire dans stase intestinale chronique par dolichocôlon (*Atti mem. de soc. lomb. di chir.*, 24 nov. 1935).
- GAEHLINGER. — La vogue actuelle du dolichocôlon est-elle légitime? (*Phare médical*, Paris, juin 1937).
- GUILLAIN BIZE. — Hemihypertrophie du corps de type congénital, totale et pure associée à un dolichosigmoïde (*Soc. Neur.*, Paris, 11 janvier 1934).
- GOINARD et TORREILLES. — La fréquence du dolichosigmoïde chez les indigènes nord-africains (*Alg. Méd.*, mars 1936).
- GOINARD et RIBET. — Mégasigmoïde pré-hépatique (*Soc. Méd.*, Alger, 21 janvier 1938).
- HAUTEFEUILLE. — Un cas de dolichocôlon (*Gaz. Méd. de Picardie*, nov. 1935).
- LANE. — Operative treatment of chronic constipation (Londres 1904).
— Chronique intestinal stasis (*Brit. Med. Journ.*, 22 avr. 1911).
- LEBON, LOUBEYRE, BLONDEAU. — Volvulus intermittent de l'estomac chez un malade atteint de dolichocôlon. (*Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutr.*, avril 1933).
- LEDoux, LEBARD, GARCIA, CALDERON. — Côlon dolichocôlon (*Interprétation radiologique*, janv. 1937).
- LE SAGE. — Contribution à l'étude du dolichocôlon, neuf observations personnelles (*Un. méd. du Canada*, p. 1064, sept. 1935).
— Remarques sur le dolichocôlon (*Rép. méd.*, avr. 1936).
- LOUBEYRE. — Considérations sur le dolichocôlon (*Alg. Méd.*, juin 1932).

- LÆPER et TAUZUN. — Le diagnostic du dolichocôlon (*Presse Méd.*, 31 mai 1933).
- LÆPER. — L'atonie cœcale. Les entéro-névrites (*Leçons de path. dig.*, séries II, III, IV, Masson).
- LARDENNOIS. — Un cas de mégacôlon, pathogénie et traitement. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1924).
— Les colites infectieuses ulcéro-hémorragiques (*Rev. de Méd.*, janvier 1933).
- LARDENNOIS et AUBOURG. — Allongements segmentaires du gros intestin (*Journ. de radiol. et électrol.*, févr. 1914).
- LARRIMORE. — Human large intestine in new born et in adult (*Ann. of chir. méd.*, 1926).
- LERICHE. — Sympathectomie pour mégacôlon avec dolichocôlon. (*Soc. Chir., Lyon*, 21 mars 1935).
- LE TONDAL. — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant (Thèse de Paris, 1925).
- MAGENOIE, COURRIADES. — Dolichocôlon et cancer sigmoïdien (*Gaz. hebd. des Sc. Méd.*).
- MEYERS, PALGEN. — Quelques réflexions au sujet du dolichocôlon (*Bruxelles Méd.*, 19 nov. 1933).
- MOUCHOTTE. — Le dolichocôlon pelvien et son volvulus. (*L'Avenir Méd.*, févr. 1936).
- MARFAN. — Le gros ventre des nourrissons dyspeptiques et l'augmentation de longueur de l'intestin (*Rev. Mens. des mal. de l'enfance*, avril 1903).
- NOBÉCOURT. — Dolichocôlon et mégacôlon (*La pédiatrie prat.*, 25 avr. 1932).
- NARD. — Chirurgie du dolichocôlon. L'hémicolectomie splénique; sa technique; ses résultats (*Soc. Chir.*, Bordeaux, 10 janv. 1935).
- OTTAVIANI. — Le dolichocôlon (*L'Esprit méd.*, sept. 1937).
- OURY et GODARD. — La constipation par dolichocôlon (*Presse therm. et climat.*, mai 1932).
- PORTE. — Maladie de Hirschprung (Thèse Paris, 1913).
- POIROT. — Dolichocôlon droit révélé seulement par insufflation (*Strasbourg Méd.*, 15 févr. 1935).
- PAUCHET. — Dolichocôlon sigmoïde traité par colectomie (Paris, Chir., 1928).
- ROCHER, LOUBAT, POUYANNE. — Dolichocôlon avec retrécissement congénital du rectum. Colectomie splénique avec dilatation du retrécissement. Guérison (Bordeaux, Chir., 27-30 janv. 1938).
- ROUX (Jean-Charles). — Anémie pernicieuse et dolicho-mégacôlon (*Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutr.*, nov. 1936).

- REICHENECKER (Mlle). — Un nouveau mode de traitement des mégadolichocôlon (*Arch. mal. app. dig.*, p. 868, 1929).
- SMITH. — Dolicho-sigmoïde et dolicho-transverse associés. Interventions itératives et guérison chirurgicale. (*Un. Méd. du Canada*, Montréal, avril 1937).
- SEILLIÉ. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon (Thèse, Paris, 1929).
- TAUZUN. — Le déterminisme morbide du dolichocôlon (*Presse Méd.*, déc. 1935).
- Les directives thérapeutiques médicales dans le dolichocôlon spasmodique (*Gaz. Méd. de France et des pays de langue franç.*, 1^{er} mars 1934).
- TAPIE et Mme SOL. — Un cas de dolichocôlon pelvien (*Toulouse Méd.*, mars 1933).
- WADE et ROYLE. — Operative treatment of Hirschprung's disease (*Méd. Journ. of Australia*, 1927).
- ZORZI. — Sull etiologie del dolichocôlon (*Radiol. méd.*, p. 547, 1925).

